

# 住所変更届

この届出書は、日野健保の保険証をお持ちの方で住所変更があった場合にご提出ください。

【利用目的】この住所は、役所へのオンライン確認・国への特定健診等の報告・健診案内の発送等に使用します

【変更届記入時のお願い】被扶養者のみ住所が変更となった場合、被保険者住所の記入も必要となります。

内 記入必須

被保険者 保険証	記号	番号	被保険者 氏名	印	確認欄
					白署の場合は、押印を省略することができます。 ※但し訂正があった場合は省略不可 ←自署であるため、押印を省略する場合は <input checked="" type="checkbox"/>

任意継続被保険者の方 該当項目に

電話番号の変更  なし  あり ➡ 変更後の電話番号 ( )

被 保 険 者	現住所 (送付先)	〒 -		
	住民票 住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 同上 (記入不要)	住民票異動日 年 月 日

被 保 険 者	氏名 続柄			
	現住所 (送付先)	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)
	住民票 住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)

住民票異動日 年 月 日

被 扶 養 者	氏名 続柄			
	現住所 (送付先)	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)
	住民票 住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)

住民票異動日 年 月 日

被 扶 養 者	氏名 続柄			
	現住所 (送付先)	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)
	住民票 住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	<input type="checkbox"/> 異なる (左に記入)

住民票異動日 年 月 日

※個人情報の取扱等については、日野健保ホームページをご覧ください

【提出先】 〒191-8660 日野市日野台3-1-1 健保プラザ2階

【お問合せ】 日野自動車健康保険組合 Tel042-586-5941